ITEM 337 : MALAISE, PERTE DE CONNAISSANCE

Définitions	**Malaise**	= Plainte subjective : **indisposition, gêne trouble, sensation pénible vague d'un trouble des fonctions physiologiques**
	Perte de connaissance	= Suspension de conscience de courte durée (quelques secondes/minutes) - Spontanément réversible
	Syncope	= Perte de connaissance brève, de quelques minutes, avec une perte du tonus postural et un retour rapide à l'état de conscience normal → hypoperfusion cérébrale globale et passagère
	Lipothymie	= Durée d'hypoperfusion trop brève pour entraîner une perte de connaissance
	Crise comitiale	= Décharge hypersynchrone de neurone : perte de connaissance si la décharge a lieu dans les 2 hémisphères simultanément - Absence, perte de contact de quelques dizaines de secondes - **Crise généralisée tonicoclonique** (CGTC) avec perte de connaissance prolongée durant quelques dizaines de minutes (crise (3 minutes) et confusion postcritique)
	Pseudo-crise épileptique	= Caricature de crise d'épilepsie, de plusieurs dizaines de minutes, sans perte de connaissance : d'origine psychique
	→ Diagnostic différentiel selon le lieu de reprise d'une conscience claire : - Syncope : reprise de conscience claire sur les lieux de la perte de connaissance, avant l'arrivée des secours - Crise d'épilepsie généralisée : reprise de conscience progressive dans le camion des secours ou aux urgences	

CRISE COMITIALE

CRISE D'EPILEPSIE GÉNÉRALISÉE TONICOCLONIQUE	C	Arguments diagnostiques	- Début soudain, sans prodrome - Perte de connaissance prolongé : plusieurs dizaines de minutes (crise, coma puis confusion postcritique) avec reprise de conscience progressive - Séquence en 3 phases : - **Tonique** : hypertonie en extension des 4 membres, cyanose - **Clonique** : secousses régulières puis espacées - **Résolutive** : hypotonie et respiration bruyante
		Eléments inconstants	- **Morsure du bord latérale de langue** (pathognomonique) à la phase tonicoclonique - **Aura épileptique** (prodrome) : crise partielle puis généralisée - **Chute traumatique** et **perte d'urine** : sans valeur diagnostique
	PC		- **EEG** (dans les heures ou 24h suivant ++) : ondes lentes résiduelles → un EEG normal n'exclut pas le diagnostic - Non nécessaire si patient épileptique connu ou si diagnostic certain
	TTT		- Pendant la crise : **position latérale de sécurité, oxygénothérapie** - Au décours de la crise : aucun traitement en urgence, **clonazépam (Rivotril®)** 1 mg IV si 2ème crise
		Si malade épileptique connu	- Rechercher un **facteur déclenchant** : manque de sommeil, alcoolisation, fièvre, mauvaise observance thérapeutique - Réévaluer le traitement si besoin
		Si 1ère crise	- Bilan biologique standard + EEG - **Scanner cérébral** (ou **IRM** si accessible) → En urgence si symptômes associés (céphalées, déficit neuro), même si crise circonstancielle (alcoolisation…)
PSEUDO-CRISE EPILEPTIQUE	C		- Absence de véritable perte de connaissance (difficile à affirmer) - « Perte de connaissance » très prolongée, avec plusieurs dizaines de minutes de mouvements anormaux - Mouvements des membres anarchiques, corps arc-bouté (opisthotonos), mouvements du bassin, cris - Presque toujours en public (conjoint, parents…) - Contexte biographique (abus sexuels, conflit familial/conjugal, bénéfice 2ndr) et antécédents psychiatriques - Résistance à l'ouverture des yeux - Généralement absence de blessure ou de pertes d'urines
	PC		- Eviter les examens complémentaires itératifs - En cas de pseudo-crises alternant avec des crises authentiques : **vidéo-EEG** (avec épreuve de suggestion : hyperpnée, stimulation lumineuse intermittente)
	PEC		- Eviter les actes invasifs (intubation…) - **Benzodiazépines** à la phase aiguë - **Psychothérapie** à distance

AUTRES MALAISES ET PERTES DE CONNAISSANCES		
Malaise sans perte de connaissance	**Attaque de panique**	- Episodes de plusieurs dizaines de minutes, sans perte de connaissance vraie - Vive anxiété, sensation de mort imminente - Symptômes somatiques : oppression thoracique, « tête vide », palpitations, striction laryngée, sueurs, tremblements, vue brouillée… - **Crise de tétanie** : hyperventilation, paresthésie des extrémités et péribuccales (parfois latéralisées) et spasme carpopédal (« main d'accoucheur ») - PEC : **benzodiazépine IV** → soulagement rapide
	Ethylisme aigu	- Agitation, agressivité, somnolence ou coma - Diagnostic facile : haleine, habitude, contexte, alcoolémie → **Evoquer systématiquement** : hypoglycémie, intoxication médicamenteuse, trauma crânien associé → Une crise d'épilepsie généralisée peut survenir lors d'une alcoolisation aiguë ou un sevrage
	Hypoglycémie	- Jamais syncopale - **Malaise hypoglycémique** : sensation de faim, sueurs, céphalées, troubles visuels, pouvant régresser spontanément ou évoluer vers une confusion mentale, un trouble de la vigilance (somnolence, obnubilation, coma) et des convulsions épileptiques → Généralement diabétique connu et traité → Dosage systématique immédiat de la glycémie capillaire devant tout malaise atypique/inexpliqué
	AIT vertébro-basilaire	- Peut comporter des **sensations de malaise** : vertige, déséquilibre, céphalées postérieures, nausées, troubles visuels → jamais de perte de connaissance isolée
Malaise + PC	**Traumatisme crânien**	- Syncope simple ou convulsivante - Crise d'épilepsie généralisée tonicoclonique possible au décours → En l'absence de contexte de traumatique : possible traumatisme crânien 2^{ndr} à une syncope ou une crise d'épilepsie généralisée
	Douleur thoracique	= Forme syncopale d'**angor** ou d'**embolie pulmonaire**
Autres (rares)	**Crise d'épilepsie partielle complexe**	**Crise d'épilepsie temporale** : dure 2-3 minutes, stéréotypée pour un même malade - Sensation épigastrique ascendante, arrêt d'activité avec rupture du contact, fixité du regard, mouvements de mâchonnement ou de déglutition, activité gestuelle simple (frottement…)
	Ictus amnésique	= Oubli à mesure, de plusieurs heures, avec questions itératives mais comportement adapté
	Narcolepsie-cataplexie	= Brusque accès de sommeil irrépressible, pluriquotidiens - Cataplexie = associés à des chutes par hypotonie